**Contrassegno della lista di candidati**

**ELEZIONE DIRETTA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E COLLEGIO REVISORI DELL’ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TERNI**

**PRESENTAZIONE DELLA LISTA**

**DEI CANDIDATI ALLA ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETIVO**

**DELL’ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TERNI**

**Elenco n.………………dei sottoscrittori della lista recante il contrassegno ……………………………e la denominazione…………….. per l’elezione diretta del Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti della Provincia di Terni.**

**La lista dei sottonotati è collegata con la candidatura a componente del Consiglio Direttivo e del Collegio dei revisori che avrà luogo nei giorni indicati nella nota di convocazione dell’Assemblea Elettiva.**

**CANDIDATI ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL’ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TERNI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **DOCUMENTO DI IDENTITA**  | **FIRME**  |
| **1………………………………..*****2………………………………..******3………………………………..******4………………………………..******5………………………………..******6………………………………..******7………………………………..******8………………………………..******9………………………………..******10………………………………..******11………………………………..******12………………………………..******13………………………………..******14………………………………..******15………………………………..*** | **………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..** |  |  |

**CANDIDATI ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL COLLEGIO REVISORI DEI CONTI DELL’ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TERNI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **DOC. IDENTITA’**  | **FIRME**  |
| **1………………………………..*****2………………………………..******3………………………………..*** | **………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..** |  |  |

**Si richiama l’attenzione sulla legge 23 novembre 2012, n. 215, concernente le rappresentanze di genere nella formazione delle liste dei candidati degli organi elettivi e come indicato dall’art. 1 del DM 15 marzo 2018 e dall’art. 2, comma 2, del D.Lgs.Lgt. CpS 233/1946 come modificato dall’art. 4 della Legge 3/2018.**

**SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA PER I COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO**

I sottoscritti elettori sono informati, ai sensi dell’articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali), che il/i promotore/i della sottoscrizione è/sono………………………… con sede…………………………………………………………………e che i loro dati identificativi saranno utilizzati esclusivamente ai fini delle procedure elettorali.

**(2) indicate la denominazione della lista oppure il nome del farmacista che promuove la sottoscrizione (c.d. Referente della Lista)**

Sono, altresì, informati che i dati compresi nella presente dichiarazione saranno utilizzati per le sole finalità previste dal Decreto Ministero salute del 15.3.2018 recante procedure elettorali per il rinnovo degli Organi delle professioni sanitarie, e secondo modalità a ciò strettamente collegate. I dati saranno comunicati all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di Terni presso il quale si svolgeranno le procedure elettorali per il rinnovo degli Organi Direttivi per il quadriennio 2024-2028

.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione**  | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

**SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA PER I COMPONENTI DEL COLLEGIO REVISORI DEI CONTI DELL’ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TERNI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Collegio revisori dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Collegio revisori dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Collegio revisori dell’Ordine dei Farmacisti di Terni****iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

La firma qui apposta vale come consenso a norma degli articoli 23 e 26 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, ai soli fini sopraindicati.

**AUTENTICAZIONE DELLE FIRME DEI SOTTOSCRITTORI**

A norma dell’articolo 21, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, certifico vere e autentiche le firme, apposte in mia presenza, degli elettori sopra indicati (n. ……………………………………) da me identificati con il documento segnato a margine di ciascuno

Terni, addì………………2024

**TIMBRO**

**DELL’ORDINE**

**Terni, addì…………………2024**

**Firma leggibile (nome e cognome per esteso e qualifica**

 **del Presidente o suo delegato)**